限度額適用
国民健康保険　標準負担額減額　認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号	東みよし：			平成　年　月　日	
申請人（世帯主）	住所	東みよし町			
	氏名			印	
	個人番号		連絡先		
届出人	住所				
	氏名			印	
	世帯主との関係	本人 ・ 同一世帯員 ・ 代理人	連絡先		
対象者	氏名		生年月日	昭和・平成　年　月　日	男・女
	個人番号		世帯主(組合員)との続柄		
長期入院	該当 ・ 非該当				

①	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前１年間の入院日数	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及び世帯に属する被保険者に＿＿＿年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名　　印

備考　「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

届出人確認方法	免・パ・保・個カ・住カ・在・年金・その他(　　)

事務処理欄	総合窓口処理欄					本課処理欄					
	担当者名	窓口受付日	本課送付日	保険証	個人番号確認	担当者名	本課処理日	税処理日	交付	回収	個人番号確認